

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
家庭支持服務引導計畫
協議書
INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PILOT
SERVICE AGREEMENT

個案當事人姓名	發展殘障服務處個案號碼
危急警示	
長處（包括支持系統、具有獨立性/勝任能力之方面）	
所需的/請求提供的支持服務	
建議提供的服務	
監督計畫（包括監督人、監督次數、報告方法）	
個案當事人簽名	日期
法律代表簽名	日期
其他參與者	
個案管理員簽名	日期

您的申訴權

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間請求舉行一次行政聽證會，對此項裁定提出申訴。

- 如果您目前獲得發展殘障服務處提供的收費服務，並想在申訴期間繼續獲得此項服務，則您必須於 _____ 之前提出舉行聽證會的請求。
- 如果您選擇繼續獲得此項收費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您可能需負責償還最多60天的收費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得此項收費服務，請聯絡：

電話號碼是 _____

個案/資源管理員

電話號碼

您有以下權利：

1. 請他人做您的代表（您可能資格獲得免費法律幫助）；
2. 請求得到一份副本，包括您的檔案副本及發展殘障服務處為作出此項決定而審閱的所有資料之副本；
3. 提交證據文件；
4. 在聽證會上作證並請證人出席為您作證；並且
5. 盤問為本部作證的證人。

隨附一份行政聽證會申請書。

問題

如果您對本項決定或申訴程序有不明白的問題，請聯絡：

姓名	電話號碼	地方辦事處
----	------	-------



家庭支持服務引導計畫
協議書
聽證請求書

依據社會福利服務部聽證條例第 388-02 章之規定。

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

請寄往: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真: 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意社會福利服務部(DSHS)作出的以下決定：

- 請簡要說明社會福利服務部所採取或未採取的行動措施（可視需要另加附頁）；並且
- 如果可能的話，請隨附您對之提出申訴的決定通知書副本。

您的姓名（請工整填寫）	出生日期
提出聽證請求者的地址	當事人的身份識別號碼
城市 州 郵遞區號	電話號碼（請包括區域號碼） <input type="checkbox"/> 留言電話

本人於：_____ 收到由 _____ 寄來的決定通知。
日期 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助： 是 否 計畫名稱：_____

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址 街道	城市	州 郵遞區號

本人授權將相關我的聽證資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或者其他幫助或便利條件，以便您參加聽證會？ 是 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？ _____

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。若您希望改為由申請者親自參加的聽證會，請按照行政聽證處即將郵寄給您的聽證會通知函中的說明辦理。